

# Personzentrierte Therapie bei somatoformen Störungen

Holger Süß

**Zusammenfassung:** *Somatoforme Störungen spielen in der Psychotherapie und der hausärztlichen Versorgung eine herausragende Rolle. Diese lässt sich nicht nur quantitativ-statistisch belegen, sondern wird auch jedem Therapeuten und Arzt im alltäglichen Umgang mit diesen Erkrankten deutlich. In diesem Artikel wird die Versorgung in der hausärztlichen Praxis und in der Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung gesprächspsychotherapeutischer Aspekte und Techniken vorgestellt.*

## Einleitung

Patienten mit nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden machen mindestens 20 Prozent der hausärztlichen Klientel aus. 40 Prozent dieser Patienten erhalten eine psychotherapeutische Versorgung, die übrigen bleiben ausschließlich in der hausärztlichen Betreuung. Diese Bedeutung für den einzelnen Arzt spiegelt sich dann nicht nur in der Ökonomie der Versorgung wider. Die betroffenen Patienten wollen oder können eine Trennung zwischen Körper und Seele, die unsere Versorgungsstrukturen nahelegen, nicht nachvollziehen. Überweisung zum Psychotherapeuten begreifen sie als Mitteilung der primär somatisch tätigen Ärzte: „Ich bin nicht mehr für Dich zuständig“ oder „Da ist nichts“ oder „Ich schicke Dich mal weiter.“ Für die Patienten ist das eine Enttäuschung und Kränkung, denn sie fühlen sich in ihren Beschwerden nicht mehr respektiert. Vor diesem Hintergrund ist die Bedeutung der psychosomatischen Grundversorgung der fachgebundenen Psychotherapie in der Allgemeinmedizin zu sehen: Eine Haltung des „Sowohl-als-auch“ in der Versorgung von Patienten mit unspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden stellt daher auch die S3-Leitlinie heraus. Sie ersetzt bereits in ihrem Titel den Begriff der Störung durch den der Beschwerde. Sie entspricht den Grundannahmen der Allgemeinmedizin wie dem Offenhalten einer Diagnose, um eine vorschnelle Etikettierung von Patienten als Kranken zu vermeiden.

Die Bedeutung der somatoformen Beschwerden soll noch durch weitere Zahlen verdeutlicht werden: Patienten mit somatoformen Körperbeschwerden haben 31 Arztkontakte pro Jahr. 17 Kontakte finden mit dem Hausarzt statt. Chronisch körperlich Kranke (z. B. Patienten mit Diabetes oder einer arteriellen Hypertonie) haben viel geringere Kontakte. Bei einer durchschnittlichen Kontaktzeit von sieben Minuten pro Patient würde der errechnete zeitliche Aufwand mehr als zwei Stunden im Jahr beitragen. Wahrscheinlich ist er sogar höher zu veranschlagen, weil die

über viele Beschwerden in unterschiedlichen Körperregionen klagenden Patienten häufiger und lange Kontakte beanspruchen. Patienten mit somatoformen Erkrankungen leiden mehr als fünf Jahre lang unter ihren Beschwerden, bevor überhaupt eine Verdachtsdiagnose in diese Richtung gestellt wird. In einem Krankenhaus hat eine Untersuchung ergeben, dass 18,4 Prozent der dort liegenden Patienten – diagnostiziert durch einen psychosomatischen Konsiliardienst – unter entsprechenden psychosomatischen Diagnosen und Beschwerden leiden.

Der Verlauf einer somatoformen Störung ist sehr heterogen. Dabei sind protektive und prognostisch günstige Faktoren zu benennen, zum Beispiel

- ein gesunder Lebensstil
- ausreichende Bewegung
- aktive Copingstrategien
- tragfähige Beziehungen
- eine gute soziale Unterstützung
- zufriedenstellende Arbeitsbedingungen
- eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung
- das Vermeiden unnötiger Untersuchungen und Behandlungen
- die Motivation zur Psychotherapie
- ein Gesundheitssystem, das Selbstverantwortung und Prävention fördert.

Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf sind:

- ein polysymptomatisches Beschwerdebild
- häufige und anhaltende Beschwerden
- dysfunktionelles Coping wie die Neigung zum Katastrophisieren
- hypochondrische Ängste
- Schon- und Vermeidungsverhalten
- psychische Komorbiditäten wie Angst, Depression, Sucht oder Persönlichkeitsstörungen
- Bewegungsmangel
- funktionelle Einschränkungen
- Arbeitsunfähigkeit länger als vier Wochen
- sozialer Rückzug
- eine schwierige Arzt-Patienten-Beziehung
- die erhöhte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
- eine einseitig somatische Krankheitssicht
- eine geringe Motivation zur Psychotherapie
- iatrogene Faktoren wie einseitige somatische Krankheitssicht, wiederholte diagnostische Abklärung, Insuffizienz der Patientenaufklärung und polypragmatische Behandlungsversuche auf rein somatischer Ebene.

Als Warnsignale für einen äußerst schweren Verlauf werden sehr schwerwiegende Beschwerden, Hinweise für selbstverletzendes Verhalten, körperliche Folgen des Schonverhaltens wie Gangstörungen bis hin zu Kontraktur und Gewichtszunahme bezeichnet. Weiterhin gehören dazu zu häufige Arztkontakte und Therapieabbruch, die Fixierung auf das einseitige somatische Krankheitsmodell und ausgeprägt schädigende iatrogene Verfahren wie mehrfache operative Eingriffe.

## Diagnose

Für die Diagnose einer somatoformen Störung sind gemäß ICD-10 – neben dem Ausschluss einer der Symptomatik zugrundeliegenden somatischen Ursache – folgende Punkte zu beachten:

- „Die hartnäckige Forderung nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien“
- „Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten“.

Somatoforme Funktionsstörungen (ICD-10: F45.ff) sind dadurch gekennzeichnet, dass diese vom Patienten so geschildert werden, als beruhten sie auf der körperlichen Erkrankung eines Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird. Bei vielen Patienten mit dieser Störung sind psychische Belastungsfaktoren oder gegenwärtige Schwierigkeiten und Probleme festzustellen, die einen Bezug zur Störung zu haben scheinen.

Für eine eindeutige Diagnose müssen alle folgenden Kriterien erfüllt sein:

- hartnäckig und störende Symptome der vegetativen Stimulation wie etwa Herzklopfen, Schwitzen, Zittern usw.
- zusätzlich subjektive Symptome, bezogen auf ein bestimmtes Organ oder System
- intensive und quälende Beschäftigung mit der Möglichkeit einer ernsthaften, aber oft nicht näher bezeichnen Erkrankung des genannten Organs oder Organsystems. Dieses Beschäftigen wird auch nach wiederholten Erklärungen der Ärzte nicht aufgegeben („zugleich fürchten und hoffen, dass es organisch ist“)
- kein Anhalt für eine eindeutige Störung der Strukturfunktion des betroffenen Systems oder Organs

Zu diesen Erkrankungen (F 45) gehören die Somatisierungsstörung (F 45.0/1), die Hypochondrische Störung (F 45.2) und die Somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3) mit verschiedenen Unterkategorien.

Ältere Bezeichnungen, die nicht mehr verwendet werden sollten, sind: funktionelle Beschwerden, psychovegetatives Syndrom, psychovegetative Labilität, psychosomatischer Beschwerdekomples, larvierte oder somatisierte Depression und vegetative Dystonie.

## Ätiologie

Der zugrundeliegende Abwehr-/Schutzmechanismus ist der der Somatisierung, gekennzeichnet durch die Tendenz, körperliche Beschwerden und Symptome, die nicht durch pathologische Organbefunde erklärbar sind, körperlichen Erkrankungen zuzuschreiben. Dabei muss betont werden, dass der Schutzmechanismus das „Beste“ ist, was der Betroffene leisten kann. Er tut, was er kann. Er tut, was er gelernt hat. Er schützt sich. Diese immanente Botschaft der Schutzbedürftigkeit und der Hilflosigkeit („Ich kann nicht anders ... ich wünschte es mir anders, aber es geht nicht ...“) ist immer wieder zu vergegenwärtigen, um den wiederholten Beschwerden nicht mit Aggression, sondern Verständnis begegnen zu können. In der wissenschaftlichen Literatur wird in den letzten Jahren die unsicher-vermeidende Bindung als ätiologisches Moment betont. Ein dysfunktionales Familienklima mit Vermeidung von Nähe, Abhängigkeit, enger Beziehung und erhöhtem Misstrauen wird beschrieben, u. a. ausgehend von der Mutter, die sich auf der einen Seite aggressiver / ärgerlicher und kritischer präsentiert bei gleichzeitiger Überfürsorge. Erwartungen werden nicht verbalisiert, der affektive Austausch ist eingeschränkt, die Problemlösungen sind insuffizient. Die gestörte Affektregulation findet ihr Korrelat in einer „emotional avoidance culture“ (weiche Gefühle stoßen auf Ablehnung), ein Familienklima, das kognitive Fehlbewertungen begünstigt. Eine erhöhte Anzahl an psychischen Erkrankungen innerhalb der Familie und körperliche Erkrankungen der Eltern (z. B. Migräne) fallen auf. Neben Traumata als ursächlichem Faktor wird in der psychoanalytischen Herangehensweise betont, dass kein spezifischer Konflikt vorliegt, aber ein „Locus minoris resistentiae“, der als Angstkorrelat oder Angstäquivalent fungiert, das heißt: Angst besteht, wird aber nicht bewusst erlebt, ein Konflikt löst Angst aus, wird in der Wahrnehmung vernachlässigt, das Soma bleibt.

In der Alexithymie-Forschung werden neurobiologische Erkenntnisse (verminderte neuronale Aktivität im frontalen Cortex) herangezogen, die den interozeptiven Wahrnehmungsstil bedingen.

Zusammengefasst führen stresshafte und belastende Ereignisse zu Erinnerungen („Erinnerungsspuren“), für die es keine Worte gibt, die schließlich als isolierte Körpererfahrung erlebt werden. Ihre Gemeinsamkeit ist, dass in psychosozialer Belastungssituation ein erhöhtes vegetatives Arousal und ein reduzierter Affektausdruck („nach außen unbeeindruckt“) auftreten und sichtbar sind.

## Therapie

Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) und des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) und unter Mitarbeit zahlreicher weiterer wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften und Verbänden wurde die syndrom- und fächerübergreifende S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ erarbeitet. Sie ist im Mai 2012 bei der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht worden.

Präferiert wird ein 4-Schritte-Modell in der psychosomatischen Grundversorgung beim Hausarzt mit der Berücksichtigung:

- einer empathischen Beziehung (offene Fragen, aktives Zuhören, zurückhaltende Gesprächstechnik, körperliche (nicht wiederholte) Untersuchung, keine Bagatelldiagnosen)
- des psychosozialen Kontextes (Biografie, Lebenssituation)
- eines fixen Behandlungsplans (feste Termine)

Hierbei soll eine stete Bilanzierung und Anpassung stattfinden.

Diese Vorgehensweise funktioniert in der hausärztlichen Praxis sehr gut, weniger jedoch in der psychotherapeutischen. In diesem Kontext ist zunächst zu erwähnen, dass eine Psychotherapie der medikamentösen Therapie (unter Psychopharmaka) im Outcome überlegen ist, allerdings aber zum Beispiel weniger erfolgreich ist als bei affektiven Störungen. Die „anerkannten“ Verfahren (z. B. Verhaltenstherapie, systemische und psychodynamische Therapie) werden bevorzugt. Sie sollen umrahmt werden von einer körperlichen Aktivierung und Ergänzung durch entspannende Verfahren (z. B. progressive Muskelrelaxation, autogenes Training, Achtsamkeit, Meditation oder Tai-Chi).

## Gesprächspsychotherapie

Gemäß dem Therapiemodell von Swildens sind somatoforme Störungen folgendermaßen gekennzeichnet: Bestimmte Erlebnisinhalte (Aspekte des organismischen Erlebens, die mit dem Selbstkonzept nicht vereinbar sind) werden gar nicht oder verzerrt symbolisiert. Schuld- oder aggressive Gefühle drücken sich körperlich aus. Das Selbstideal (leistungsbetont, autark, beherrscht und beherrschend, funktionsfähig, belastbar ...) kontrastiert zu dem Selbstbild (nicht mehr belastbar, abhängig, hilflos, untüchtig). Es besteht eine Inkongruenz zwischen Nähe und Distanz. Das Bedürfnis nach positiver Beachtung wird frustriert.

Die Therapie umfasst somit:

- eine bedingungsfreie Akzeptanz
- ein einführendes Verstehen im Sinne von einfühelndem Wiederholen (Ernst-Nehmen, Vergegenwärtigen des Erlebens),

konkretisierendem Verstehen (das „Selbst-Fremde“ annehmen, subjektives Krankheitskonzept) und nicht (selbstkonzept- und organismusbezogenem) Interpretieren

- Echtheit im Sinne von Selbst-Einbringen (nicht: Konfrontation und Beziehungsklä rung).

Therapie beinhaltet Information und Aufklärung, Echtheit und Kompetenz, Individualisierung und eine „Teilnehmerbeziehung“ (Kommunikation ohne Veränderungswunsch), die bedingungslos akzeptiert, verständigungsorientiert und am Erleben orientiert Empathie und Wertschätzung praktiziert.

Im Übertragungsgeschehen können sich auch unbewusste, negative, frühe Bindungserfahrungen wie Delegitimierungen oder das Erleben von Hilf- und Machtlosigkeit reinszenieren. Für den Gesprächspsychotherapeuten heißt das: Vorsicht vor Kränkung im therapeutischen Prozess! Angesagt sind daher Transparenz, Verbindlichkeit und die Bereitschaft zum Arbeitsbündnis.

Wie schafft der Gesprächspsychotherapeut das? Wie findet er passende Worte? Wie schafft er Klarheit und Transparenz? Hilfreich sind alltags sprachliche Erklärungen wie:

- „Wahrscheinlich haben Sie auch schon überlegt, wo Ihre Beschwerden herkommen. Was sind Ihre Vermutungen?“
- „Das kennt man ja, dass einem etwas auf den Magen schlägt / dass man etwas auf dem Herzen hat / dass man aus der Haut fährt ...“
- „Was Sie mir beschreiben, hört sich an wie eine Überlastungssituation / Überforderung / Stress / Anspannung / Erschöpfung ...“
- „Das kriege ich nicht zusammen. Meinen Sie, dass ...?“
- „Wie kommt ihre Familie damit zurecht?“
- „Ich erkläre Ihnen heute, wie wir stufenweise vorgehen ...“
- „Wir sind alle Befunde durchgegangen. Kann Sie das beruhigen?“
- „Was wollen Sie bis zum nächsten Mal erreichen?“
- „Funktionelle Beschwerden sind oft unangenehm, tun richtig weh, sind aber glücklicherweise nicht gefährlich.“
- „Lassen Sie uns zusammen überlegen, wann Sie zuletzt die Erfahrung gemacht haben, dass Ihre Beschwerden auch wieder nachlassen.“
- „Viele Menschen sind in einer solchen Situation wütend oder verzweifelt oder enttäuscht. Wie ist das bei Ihnen?“
- „Sie wirken bedrückt auf mich, wenn Sie das erzählen.“
- „Haben Sie noch etwas auf dem Herzen?“

Solche Formulierungen sind hilfreich zum Erreichen und Fortführen einer vertrauensvollen Therapeut-Klienten-Beziehung. Sie sind besonders hilfreich bei Menschen mit somatoformen Beschwerdebildern, denen die Worte für ihr Erleben und ihr Innenleben fehlen. Sie dienen somit dem Betroffenen und den Therapeuten in hausärztlicher und psychotherapeutischer Praxis.

**Literatur:**

- Bahrs, S., Heim, F., Löwenstein, F., Hensel, K.H. (2016). „Exemplarische Analyse einer hausärztlichen Verlaufsbegleitung mit Bilanzierungsdialogen“. *Ärztliche Psychotherapie, Heft 4/2016*, S. 199–207.
- Beutel, M.B., von Heymann, F., Bleichner, F., Tritt, K., Hard, J. (2014). „Wie wirksam ist psychosomatische Therapie bei somatoformen Störungen?“. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin, Psychotherapie, 60 (1)*, S. 16–24.
- Hermann, M., Veit, I. (2016). „Was kann eine fachgebundene Psychotherapie in der Allgemeinmedizin leisten?“. *Ärztliche Psychotherapie Heft 4/2016*, S. 205–211.
- Herold, M., Kohl, T., Ronel, J. (2015). „Somatoforme Syndrome: Empfehlung zur Gesprächsführungsbehandlung“. *Ärztliche Psychotherapie, Heft 1/2015*, S. 22–27.
- Kriesche, M. (2016). „Die natürliche Adaption in der personenzentrierten Psychotherapie. Wie sich Therapeutinnen auf Klientinnen einstellen“. *Internationale Zeitschrift für Personenzentriert und experienzielle Psychotherapie und Beratung, Person, Heft 1/2016*, S. 52–62.
- Leitner, D., Finke, J. (2016). „Personenzentrierte Therapie von Schmerzsyndrom“. *Internationale Zeitschrift für Personenzentriert und experienzielle Psychotherapie und Beratung, Person, Heft 1/2016*, S. 39–51.
- Leweke, F., Ball, S. (2016). „Somatoforme Störungen und Stressinduzierte Hyperalgesie“. *Ärztliche Psychotherapie Heft 3/2016*, S. 138–143.
- Schäfert, R., Hausteiner-Wiehle, C., Häuser, W., Ronel, J., Hermann, M., Henning, P. (2012). „Spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“. *Deutsches Ärzteblatt, 109 (47)*, S. 803–813.
- Söllner, W., Stein, B. (2015). „Somatoforme Störung im psychosomatischen Konsiliar-Liasondienst“. *Ärztliche Psychotherapie, Heft 1/2015*, S. 12–21.
- „S3-Leitlinie zum Umgang mit Patienten mit nicht spezifischen, funktionellen und somatoforme Körperbeschwerden“. AWMF Registernummer 051/001.
- Veit, I. (2015). „Spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden in der Hausarztpraxis“. *Ärztliche Psychotherapie, Heft 1/2015*, S. 5–11.



Dr. med. Holger Süß, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Arzt für Naturheilverfahren, Homöopathie, Akupunktur und Sozialmedizin, Betriebsgesundheitsökonom  
Chefarzt der Dr. Becker Burg-Klinik in Stadtlengsfeld

Kontakt:  
hsuess@dbkg.de